

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

**PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMO
EDUCADORA EN SALUD ANTE
*BABY-LED WEANING***

Role of nursing as a health educator on Baby-Led Weaning

Revisión Narrativa

Paula Calero Martín

Mayo, 2018

Tutora: Carmen Martín Salinas

ÍNDICE DE CONTENIDO:

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN:.....	17
METODOLOGÍA	20
RESULTADOS.....	22
BLW Y RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO:	25
BLW, SOBREPESO/OBESIDAD Y COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DE LOS/AS NIÑOS/AS:	29
SENTIMIENTOS Y VIVENCIAS DE LOS PADRES Y MADRES QUE DECIDEN APLICAR BLW:.....	31
PAPEL DE LOS/AS ENFERMEROS/AS ANTE BLW:.....	34
CONCLUSIONES	36
LIMITACIONES:	38
APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA:	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
AGRADECIMIENTOS.....	43
ANEXOS.....	44
ANEXO 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS.	45
ANEXO 2.....	48
ANEXO 3.....	49

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, TABLAS, IMÁGENES Y GRÁFICOS:

CUADRO 1. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA.	9
FIGURA 1. PORCENTAJE DE LM EXCLUSIVA 0-5 MESES DE VIDA.	9
FIGURA 2. PORCENTAJES DE LM EXCLUSIVA POR DEBAJO DE LOS 6 MESES DE VIDA.	10
FIGURA 3. LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA.	11
CUADRO 2. PRINCIPIOS RECTORES DE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	13
FIGURA 4. REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS TOTALES EN NIÑOS DE 0 A 23 MESES DE EDAD.	13
TABLA 1. CALENDARIO ORIENTATIVO DE INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS.	15
CUADRO 3. PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2006-2009.	19
CUADRO 4. BASES DE DATOS Y DESCRIPTORES USADOS EN LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	20
IMAGEN 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	21
TABLA 2. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS POR BASES DE DATOS.	22
GRÁFICO 1. AÑOS DE PUBLICACIÓN DE LOS TRABAJOS SELECCIONADOS.	22
GRÁFICO 2. TIPOLOGÍA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.	23
GRÁFICO 3. PROCEDENCIA DE LOS ARTÍCULOS.	23

RESUMEN

Introducción. Baby-Led Weaning es un método alternativo de introducción de la alimentación complementaria en el lactante que se aleja del modo tradicional en el que los padres proporcionan al bebé alimentos triturados con cuchara. Aunque se encuentra en auge, existe aún escasa documentación científica que justifique su aplicación, pero siendo la introducción de la alimentación complementaria un momento idóneo para las intervenciones de prevención en salud, se hace necesaria una mayor investigación.

Objetivos. Determinar la eficacia y seguridad de Baby-Led Weaning como método de alimentación complementaria, así como conocer las experiencias de los padres y madres que lo aplican y el papel de enfermería ante Baby-Led Weaning. **Metodología.** A través de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos se intenta explorar lo

investigado hasta el momento actual. **Resultados.** Baby-Led Weaning no parece tener mayores probabilidades de atragantamiento que el método tradicional, pero sí que parece tener efectos beneficiosos en el peso y hábitos alimentarios del niño/a en el futuro, mientras que padres y madres tienen en su mayoría una experiencia positiva. Enfermería tiene escasos conocimientos en esta modalidad alimentaria, a la vez que la investigación científica realizada hasta ahora es muy escasa. **Conclusiones.** Enfermería es una parte importante en el asesoramiento alimentario a padres y madres, pero tiene poca información acerca de Baby-Led Weaning, por lo que es necesaria una mayor formación e investigación científica con muestras grandes, aleatorias y representativas de la población que les permita abordar las preocupaciones e interrogantes de los progenitores.

PALABRAS CLAVE: Baby-Led Weaning; enfermera/o; niño/a; madres; padres; alimentación complementaria; comportamiento alimentario; educación.

ABSTRACT

Background. Baby-Led Weaning is an alternative method of introducing complementary feeding to an infant which moves away from the traditional way in which parents provide the baby crushed food with a spoon. Although it is on the rise, there is still scarce scientific documentation to justify its application, but since the introduction of complementary feeding is an ideal time for health prevention interventions, further research is necessary. **Objectives.** To determine the efficacy and safety of Baby-Led Weaning as a complementary feeding method, as well as to know the experiences of the parents who apply it and the role of nursing on Baby-Led Weaning. **Methodology.** Through a bibliographic search in different databases, it tries to explore what has been researched up to the present time. **Results.** Baby-Led Weaning does not seem to have a greater chance of choking than the traditional method, but it does seem to have beneficial effects on the child's weight and eating habits in the future, while fathers and mothers mostly have a positive experience. Nursing has little knowledge in this type of food, at the same time that the scientific research carried out so far is very scarce. **Conclusions.** Nursing is an important part of dietary advice to fathers and mothers, but has little information about Baby-Led Weaning, so it is necessary to further training and scientific research with large, random and representative samples of the population that allows them to address the concerns and questions of parents.

KEY WORDS: Baby-Led Weaning; nurse; child; mothers; fathers; supplementary feeding; feeding behavior; education.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es uno de los principales determinantes de la salud del ser humano. En el caso del recién nacido (RN), como señalan la Guía para la alimentación y nutrición de lactantes y niños pequeños para la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (1), los primeros años de vida son decisivos para un desarrollo físico y mental normales. En este sentido, los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional, al existir una especial vulnerabilidad a la acción nociva de las carencias, excesos o errores en la alimentación. También es una etapa clave en el aprendizaje y adquisición de los hábitos alimentarios que perdurarán a lo largo de la vida (3).

Según la OMS (3), y teniendo en cuenta a la Convención sobre los Derechos del Niño, recibir una adecuada nutrición es un derecho de todos los/as lactantes y niños/as. No obstante, actualmente el 45% de la mortalidad infantil (2,7 millones) está relacionada con la desnutrición, la cual impide un correcto desarrollo, confirmándose que, en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños/as menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento y 52 millones un peso bajo para su talla; mientras que 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. A su vez, el porcentaje de niños/as de entre 0 y 6 meses de vida que reciben lactancia materna exclusiva (LME) se sitúa alrededor del 40%, siendo aún menor esta cifra en lo que respecta a una alimentación complementaria (AC) de calidad, ya que entre los 6 y 23 meses de edad son menos de un cuarto los que reciben una alimentación adecuada a esta franja etaria. Asimismo, la OMS (4) ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna (LM), en particular la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10% de la 'carga' de enfermedades entre los niños/as menores de 5 años.

En consecuencia, la nutrición adecuada durante los dos primeros años de vida es fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad, y el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en un futuro (3). Las recomendaciones de la OMS/UNICEF (3) indican que la lactancia materna (LM) se debe iniciar en la primera hora tras el nacimiento, mantenerse de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, a partir de esa edad, introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente

adecuados, continuando la lactancia materna, al menos, hasta los dos años. La evidencia más reciente indica que la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida, se asocia a la mayor protección contra la mayoría de los problemas de salud para la díada madre-hijo/a (5). Asimismo, UNICEF ha destacado la importancia que tienen la lactancia materna y la alimentación complementaria como períodos clave para la intervención preventiva de mayor impacto en el crecimiento y desarrollo del niño/a, cuya eficacia en el crecimiento de los/as mismos/as ya ha sido demostrada (6).

En efecto, la lactancia materna es el método de elección para la alimentación del RN y lactante. Satisface por sí sola todas las necesidades de energía y nutrientes en los primeros seis meses de vida, ya que modifica su composición a lo largo del periodo de lactancia para adaptarse al crecimiento y desarrollo en todo momento (1). Se habla de lactancia materna exclusiva cuando, según UNICEF y la OMS (4), el/la lactante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro tipo de líquidos o sólidos, exceptuando las soluciones de rehidratación oral, gotas y jarabes medicinales o que aporten suplementos de vitaminas y minerales, puesto que se consideran medicinas.

Como ya se comentaba anteriormente, la LME aporta al niño toda la energía y nutrientes que necesita hasta los seis meses de vida, incluida el agua, ya que la leche materna está compuesta en un 88% por este nutriente (4). Además, ejerce múltiples efectos protectores en el RN y lactante, así como en la propia mujer, reflejados en el *cuadro 1* (3, 7). La leche materna también continúa siendo una de las fuentes de energía y nutrientes fundamentales para los/as niños/as de 6 a 23 meses, pudiendo llegar a satisfacer más de la mitad de las necesidades de energía entre los 6 y los 12 meses de vida del/de la lactante, y un tercio entre los 12 y los 24 meses (3).

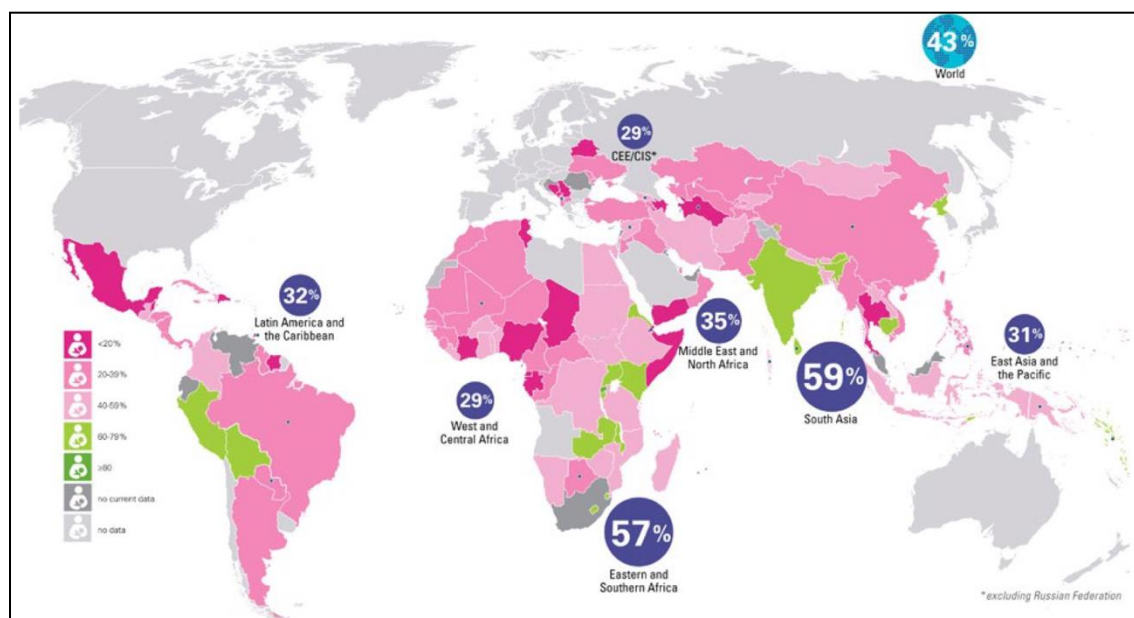
Según los datos disponibles actualmente (dados a conocer en 2016) de la Asociación Española de Pediatría y UNICEF (8), solo el 43% de los/as lactantes mantienen una LME a los 6 meses de edad, dándose los mayores porcentajes en los países del Sur de Asia (60%) y en el Este y Sur de África (57%), tal y como se observa en la *figura 1* (9).

Cuadro 1. Ventajas de la lactancia materna.

En el recién nacido y lactante	Protección frente a infecciones gastrointestinales por su contenido en inmunoglobulina A secretora, lactoferrina y lisozima, y lípidos con capacidad antimicrobiana
	Añade factores de crecimiento y hormonas gastrointestinales que son responsables de la maduración del tracto gastrointestinal
	Reducción de la mortalidad neonatal y del riesgo de infecciones
	Menor probabilidad de desarrollar sobrepeso u obesidad en la edad adulta
	Mejores resultados académicos
En la mujer	Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama
	Ayuda a espaciar los embarazos debido al efecto hormonal que a menudo induce amenorrea
	Facilita la contracción e involución del útero
	Resulta más económica, limpia, fisiológica y favorecedora del vínculo afectivo

Elaboración propia, Fuente: OMS (3), De Antonio Ferrer (7).

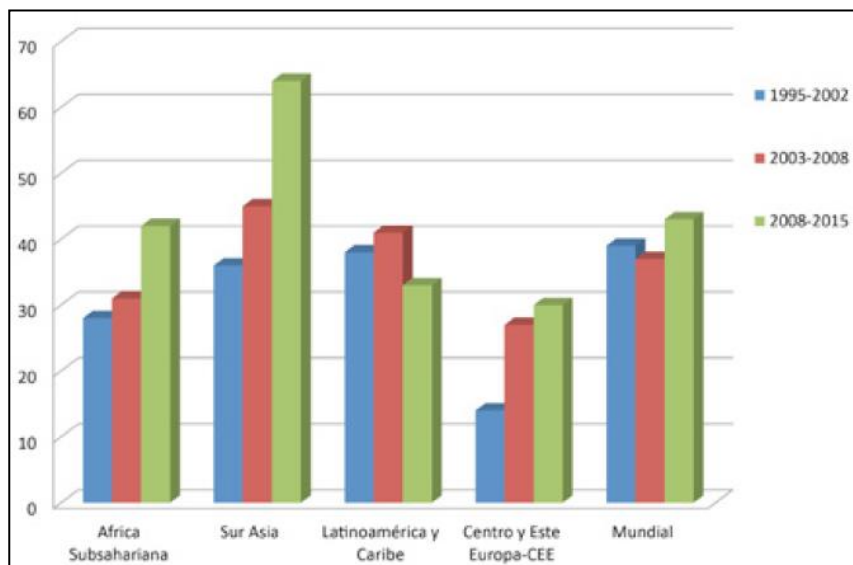
Figura 1. Porcentaje de LM exclusiva 0-5 meses de vida.



UNICEF, 2016 (9).

Entre los años 1995 y 2015, en la mayoría de los países las tasas de LME a los 6 meses aumentaron sus cifras del 24.9% al 43%. En el Centro y Este de Europa también hubo un incremento (aunque menor) del 19% al 27% (*figura 2*) (8).

Figura 2. Porcentajes de LM exclusiva por debajo de los 6 meses de vida.

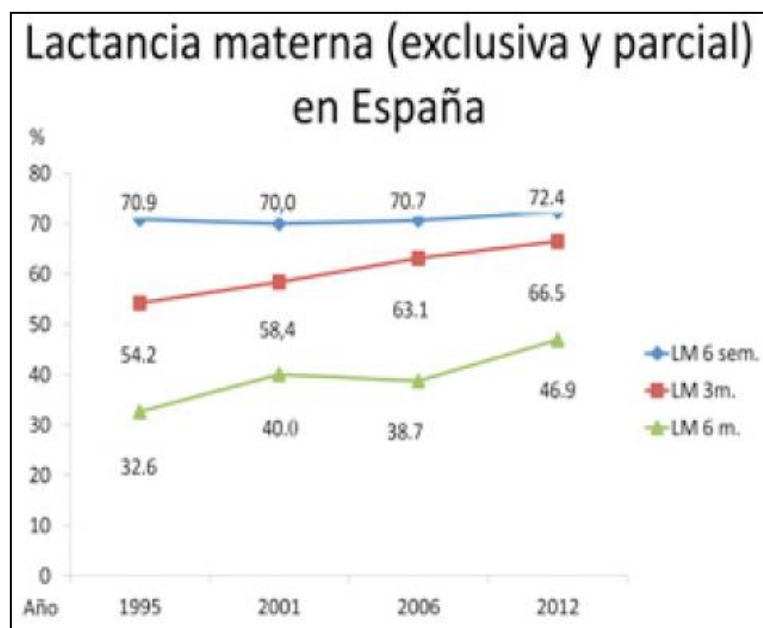


UNICEF, 1995-2015 (8).

Según el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, los actuales datos disponibles sobre lactancia materna en España se obtienen a través de encuestas regionales, lo que dificulta hacer un estrecho seguimiento de la misma. A partir de 1995, las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) (8) empiezan a recoger datos acerca de la lactancia y nos permiten obtener cifras nacionales sobre prevalencia; pero al seguir pautas diferentes a las recomendadas por la OMS, resulta difícil comparar la situación de España con el resto de países. Hecha esta salvedad, en España, el porcentaje de LM exclusiva y parcial a las 6 semanas de vida era del 71%. Si bien en los últimos 15 años se ha prolongado en los 3 y 6 meses de edad, al 66.5% y 46.9%, respectivamente. Aunque la duración media de la LM en España es de 6 meses, en el año 2012 la LME era solo del 28.5% (*figura 3*) (8).

Por otra parte, cuando no es posible la LM, existen en el mercado las llamadas leches de fórmula infantil, que son productos industriales elaborados a partir de la leche de vaca con las modificaciones correspondientes, según las indicaciones de la European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) (10), para que sea lo más parecida posible a la leche de mujer.

Figura 3. Lactancia Materna en España.



Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (8).

Alimentación complementaria:

“Se entiende por alimentación complementaria la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna” (11). La European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) (12) la define como la introducción de otros alimentos, sólidos y líquidos, diferentes a la leche materna y/o a las fórmulas lácteas infantiles. Asimismo, la OMS (4) define la alimentación complementaria como el “proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del lactante, y es preciso incluir otros alimentos y líquidos, además de la leche”. Los principios que rigen la incorporación de la alimentación complementaria, según la OMS, se resumen en el *cuadro 2* (3, 13).

Como las necesidades nutricionales cambian proporcionalmente en relación al crecimiento del lactante, el objetivo de introducir otro tipo de alimentos distintos a la leche es proporcionar la energía y nutrientes necesarios para su correcto desarrollo, puesto que la LM o artificial en exclusiva, no son suficientes a partir de una determinada etapa, tal y como se refleja en la *figura 4* (14), en la que podemos observar en azul la cantidad de energía por día (en función de la edad) aportada por la leche materna, y en verde la que deberían aportar los alimentos complementarios para llegar a

cubrir las necesidades energéticas, mostrando así el déficit de energía que se produciría si solo se alimentara al bebé con leche materna después de los 6 meses.

Otros objetivos de introducir la AC son: integración y distinción de nuevos alimentos, texturas y sabores de la dieta familiar, comenzar a implantar hábitos alimentarios saludables que ayuden a disminuir el riesgo de sufrir enfermedades como la obesidad y el desarrollo psicosocial a través de la interacción con el resto de la familia (14). Como ya se mencionaba, el momento etario para el inicio, como sostiene la OMS desde 2001 (15), generalmente es a los seis meses de edad, a pesar de que la lactancia materna debería continuar hasta pasados los dos años, ya que sigue siendo una fuente crítica de nutrientes para el/la lactante, produce nutrientes de mayor calidad que los proporcionados por los alimentos complementarios y prolonga el mantenimiento de los factores protectores (4). En 2006, el Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (AEP) hace las mismas recomendaciones de la OMS, a excepción de que adelanta el inicio de AC a los 4-6 meses, cuando los/as bebés reciben lactancia mixta o artificial. Finalmente, la ESPGHAN (2009), considera que el momento idóneo no debe ser ni antes de las 17 ni después de las 26 semanas de vida. Pero todo esto se hace individualizando siempre la alimentación complementaria de acuerdo a la maduración funcional y estado nutricional del/de la lactante. (15)

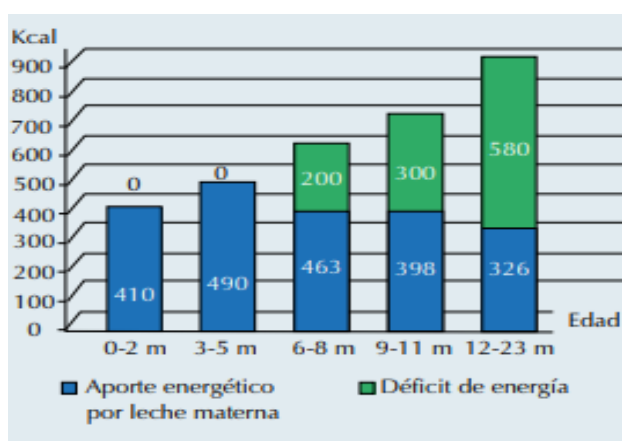
Los movimientos de masticación rítmica aparecen entre los siete y nueve meses de vida del/de la lactante sano/a, por lo que, si no introducimos alimentos blandos fáciles de masticar, y retrasamos su introducción, no se desarrollan estos movimientos y es más complicado proporcionar posteriormente alimentos sólidos (16).

Cuadro 2. Principios rectores de una adecuada alimentación complementaria.

Principios en Alimentación Complementaria	
Inicio precoz de la LME	Hábitos higiénicos adecuados en la manipulación de alimentos
Mantener hasta los 6 meses de vida la LME y continuar con la lactancia materna a demanda y con frecuencia hasta los dos años o más	Al inicio de la AC, ofrecer los alimentos en cantidades pequeñas, que se irán aumentando paulatinamente con el desarrollo y crecimiento del bebé, al igual que se irán aumentando la consistencia y variedad de los alimentos
Introducir los alimentos sólidos a los 6 meses de edad del bebé y no introducirlos más allá de los 9 meses	Aumentar el número de comidas progresivamente. También se aumentarán o disminuirán en función de la densidad energética y las cantidades diarias consumidas,
Ofrecer una dieta variada, abundante en nutrientes y que cubra las necesidades nutricionales (empleando alimentos enriquecidos o suplementos vitamínicos en caso de necesidad)	En períodos de enfermedad, proporcionar más cantidad de líquidos (así como LM), alimentos preferidos por el niño y de consistencia blanda
Consumo de alimentos con una frecuencia adecuada	Proporcionar alimentos ricos en hierro

Elaboración propia. Fuente: OMS 2017 (3), OMS 2010 (4), Pardío-López (13).

Figura 4. Requerimientos energéticos totales en niños de 0 a 23 meses de edad.



Fuente: Cuadros-Mendoza et al. (14).

Características de la alimentación complementaria:

En consecuencia, una correcta alimentación durante los dos primeros años de vida puede llegar a conseguir un crecimiento y desarrollo completos (4). “Las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años” (4). Un ejemplo de las pautas para la introducción de AC en lactantes sanos, se puede observar en la *tabla 1* (15). De acuerdo con la OMS, una buena AC es aquella que introduce alimentos sólidos como muy tarde los nueve meses de edad, que es variada y respeta una determinada frecuencia en el consumo de alimentos [tal y como se refleja en el *anexo 2* (4)], así como, asegura el aporte de hierro necesario para evitar la anemia ferropénica en el/la lactante (13).

Es importante aclarar que estos alimentos se deben ir incluyendo en la dieta progresivamente, uno por uno, ya que, si se introducen dos alimentos el mismo día, y alguno de ellos produjera alguna reacción alérgica en el lactante, no sabríamos cuál de los dos ha sido el causante, o si han sido ambos (13, 16). De esta forma el/la niño/a se va adaptando mejor a los sabores y texturas (16). Así mismo, es conveniente que la introducción del nuevo alimento se realice por la mañana, para poder evaluar a lo largo del día la reacción y tolerancia al mismo (13). A su vez, es aconsejable dejar un periodo de entre 3 y 7 días para, si no ha concurrido ningún problema en este intervalo de tiempo, introducir un nuevo alimento (15). Según los autores Pavón Belinchón et al. (16), para lactantes sanos, las recomendaciones sobre la alimentación complementaria y los distintos grupos de alimentos están resumidas en el *anexo 3*.

No obstante, la alimentación complementaria introducida en esta etapa no siempre es todo lo correcta que debería de ser. Tal y como dice la OMS en 2010 (4), “los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros”; aunque esta situación ha ido mejorando en los últimos años. Este dato nos confirma que algunos padres y madres carecen de los conocimientos necesarios a la hora de iniciar la AC de sus hijos/as y, en muchas ocasiones, siguen prácticas alimentarias incorrectas en cuanto a la cantidad o calidad de los alimentos utilizados, así como, por el momento de introducción de los mismos.

Tabla 1. Calendario orientativo de incorporación de alimentos.

ALIMENTOS	0 – 6 meses	5 – 6 meses	6 meses	9 – 10 meses	11–12 meses	12–15 meses	≥ 2 años
Leche materna							
Leche adaptada (si no toman LM)							
Fórmula adaptada de continuación							
Leche de vaca (si no toman LM)							
Cereales sin gluten y frutas							
Cereales con gluten, verduras, carnes y yogurt							
Pescado blanco y yema de huevo							
Clara de huevo, legumbres							
Queso tierno, pescado azul (excepto, por ejemplo, pez espada, cazón y atún rojo por su contenido en mercurio) y vísceras							
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana y zanahoria crudas)							
Alimentos superfluos (azúcares, miel, chocolate, bollería, embutidos)	Cuanto más tarde y en menor cantidad, mejor.						

Elaboración propia. Fuente: Perdomo Giraldi et al. (15).

En este sentido, es importante señalar que, en el momento actual sigue habiendo mucha polémica acerca de iniciar la AC con carnes, o con frutas y verduras. En España, según la Norma Oficial sobre Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria (NOM 043-SSA2) (13) se recomienda introducir en la alimentación del lactante las carnes entre el sexto y séptimo mes de vida, tras haber introducido verduras, frutas y cereales. Según la OMS (13), las papillas elaboradas a base de verduras no son suficientes para satisfacer las necesidades de hierro y zinc; y aunque sería suficiente con los cereales fortificados, es más eficaz iniciar el consumo de carnes en este momento, ya que la biodisponibilidad del hierro en los cereales fortificados es menor que en las carnes, o por lo menos, según la CDC (Centro de Control y Prevención de enfermedades) y el Comité de Prevención, Detección y Manejo de la Deficiencia de Hierro de los Institutos de Medicina de la Academia Nacional se debería realizar una combinación de carnes y cereales fortificados (13). Frente a estos criterios, han surgido en los últimos años diferentes tendencias en la AC, que tienen más que ver con opiniones y creencias de los padres y madres, que con criterios fundamentados en la literatura científica.

Una de ellas, muy extendida en los últimos años, es el **Baby-Led Weaning (BLW)**, “término anglosajón que se traduce como alimentación complementaria dirigida por el bebé” (15). Es un método alternativo de introducción de la alimentación complementaria en el/la lactante, que no sigue el método tradicional basado en purés o papillas hechos con alimentos triturados que los padres y madres proporcionan al niño/a con cuchara. El BLW fue ideado en el Reino Unido alrededor del año 2002 por Gill Rapley, enfermera pediátrica y matrona, tras percibir que surgían numerosos problemas con el método tradicional, tales como rechazo y cansancio de la misma consistencia y textura, y posterior retraso del momento de inicio de la masticación. Como solución propuso la introducción directa de alimentos sólidos (17).

BLW se caracteriza por el hecho de que el/la lactante, a partir de los 6 meses de edad y, según su desarrollo psicomotor, se lleva con sus propias manos trozos de alimentos blandos a la boca, supliendo de esta forma, la alimentación triturada y con cuchara. De esta manera el/la niño/a coge la cantidad de alimento que desea o necesita, gestionando así él/ella mismo/a su alimentación. También contempla la alimentación en familia, a la misma hora y en el mismo entorno, lo que favorece la adquisición de este hábito y el

desarrollo de la autonomía. La familia es la base para la adopción de unos buenos hábitos alimentarios. No obstante, requiere un estricto seguimiento por parte del/de la enfermera/o de familia para evitar la posible existencia de alguna carencia nutricional, así como otros riesgos que pueden poner en peligro la vida del lactante (15).

Aunque en varios países como Inglaterra esta práctica está muy extendida, en España son pocas las familias que disponen de información veraz, más allá de la proporcionada por blogs con experiencias personales y material telemático disponible en Internet, sin ningún criterio científico (15). Esta falta de información también se observa entre los/as profesionales de la salud, que son los que deberían asesorar a las familias que desean esta modalidad de alimentación complementaria para sus hijos/as y los encargados de supervisar que éstos/as reciben todos los nutrientes necesarios y adecuados para su edad.

Justificación:

Tal y como hemos visto, existen opciones diferentes a la hora de introducir a los/as lactantes alimentos distintos a la leche. Tradicionalmente, como se acaba de explicar, en nuestra cultura se mezclaban y trituraban los alimentos, y se administraban en forma de papillas con cuchara al iniciar la AC, generalmente alrededor de los cuatro meses de edad, cuando aún el/la recién nacido/a no disponía de la maduración suficiente para tomar alimentos sólidos. Pero según las recomendaciones actuales, la AC se debe iniciar a partir de los 6 meses, ya que, a esta edad, los/as lactantes han adquirido suficiente desarrollo funcional como para tomar algunos alimentos sólidos, por ejemplo, ser capaces de contener los alimentos en la boca, trasladar objetos de una mano a otra, poder sentarse y sostener la cabeza, así como el desarrollo de la deglución voluntaria (14).

Sin embargo, la mayoría de padres/madres comienzan esta alimentación con papilla y cuchara, dado que muchos/as lactantes la aceptan bien. No obstante, muchos otros la esquivan casi desde el principio convirtiendo la hora de la comida en toda una batalla, o terminan por rechazarla cansados de paladear siempre la misma consistencia y textura. A su vez, surge otro problema con cierta frecuencia, y es la dificultad para acostumbrar a los/as lactantes a probar nuevas texturas y sabores, así como a masticar cuando ya tienen más edad. De esta manera se obliga al lactante a realizar varios “destetes” en su

desarrollo: primero de la leche exclusiva a las papillas y meses después, de las papillas a los alimentos sólidos (17).

En definitiva, si en algo existe evidencia, es que, la forma en que se introduzcan los alimentos sólidos, así como las prácticas alimentarias llevadas a cabo durante estas primeras etapas, serán la base para la adquisición de los hábitos alimentarios que perdurarán el resto de la vida, influyendo en la salud, en general, y en la calidad de vida futura, en particular. Por lo tanto, es fundamental que los padres/madres y familias dispongan de los conocimientos y el apoyo necesarios para decidir llevar a cabo con sus hijos/as la alimentación que desean, de forma segura y eficaz.

En este sentido, los/as enfermeros/as de Atención Primaria (AP) disponen de un marco común para la promoción de la salud y la prevención primaria integrado en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y dirigido a la infancia, que cuenta con diferentes intervenciones, entre las que destaca “el consejo integral sobre estilos de vida durante el embarazo y la lactancia”. Es responsabilidad de las/os enfermeras/os comunitarias/os todo lo relacionado con los procesos de enseñanza-aprendizaje y capacitación para el autocuidado, orientado a promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de las personas a las que atiende, en este caso de los padres y madres, a partir de principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana (18). Debido a que enfermería tiene un papel importante para influir en las decisiones de las personas atendidas, es necesario que tenga unos conocimientos y habilidades básicos, en alimentación en este caso. Como se ve reflejado en el Plan de Mejora de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, 2006-2009 (*cuadro 3*), la práctica debe estar basada en la mayor evidencia científica disponible en cada momento, garantizando la seguridad y la eficiencia (19).

La educación de la conducta alimentaria está reconocida y avalada en todos los documentos oficiales del SNS y, precisamente, en esta franja de edad tiene el objetivo de conseguir, además de un buen estado nutricional, la ejemplificación de hábitos alimentarios saludables desde etapas precoces y abordados en los diferentes entornos donde come el/la niño/a, constituyendo el marco idóneo para transmitir una serie de hábitos, como el uso correcto de los cubiertos, los hábitos higiénicos básicos y un comportamiento correcto en la mesa (19).

Cuadro 3. Plan de Mejora de Atención Primaria de Salud 2006-2009.

SERVICIOS AL NIÑO			
GRUPO I. Conductas generadoras de salud. Actividades de prevención		GRUPO II. Situaciones de déficit de autocuidado	GRUPO III. Situaciones de afrontamiento y adaptación
Enfermería	Promoción de la lactancia materna	Atención a la nutrición	Adaptación a cambios vitales
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de la lactancia materna - Apoyo a la lactancia materna - Manejar la introducción de la alimentación complementaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar problemas dietéticos - Manejar problemas en alimentación autónoma - Manejar el sobrepeso y la obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar la información y su repercusión - Abordar la adaptación a las nuevas rutinas de cuidados - Manejar la evolución
DxE	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas generadoras de salud - Lactancia materna eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio nutricional - Retraso en el crecimiento y desarrollo - Déficit de autocuidado: alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos deficientes - Manejo inefectivo del régimen terapéutico - Disposición para mejorar el régimen terapéutico

Elaboración propia. Fuente: Arribas Cacha et al. (19).

En consecuencia, y teniendo en cuenta las variables asociadas al inicio de la alimentación complementaria, el **objetivo general** de esta revisión narrativa es determinar la eficacia y seguridad de BLW como método alternativo de alimentación complementaria.

Los **objetivos específicos** son:

- Identificar los posibles riesgos asociados a BLW.
- Explorar la influencia de BLW en el comportamiento alimentario.
- Determinar la experiencia de los padres y madres ante la elección de BLW.
- Señalar el papel del/de la enfermero/a como educador/a en salud ante BLW.

METODOLOGÍA

Para comenzar este trabajo, se realizó una búsqueda inicial en Google Scholar, utilizando los términos Baby-Led Weaning y alimentación complementaria, con el objetivo de recoger información general y orientación para la búsqueda posterior en las bases de datos. Asimismo, se completó la búsqueda inicial en las webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ESPGHAN y Sociedad Española de Pediatría (SEP). Seguidamente, y a partir de las palabras clave de la búsqueda, que se corresponden con los descriptores en lenguaje controlado de la Biblioteca Virtual de la Salud, en el apartado de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)/ Medical Subjects Headings (MeSH), se inició la búsqueda específica en las bases de datos con estos descriptores, cómo se refleja en el *cuadro 4*.

Cuadro 4. Bases de datos y descriptores usados en la estrategia de búsqueda.

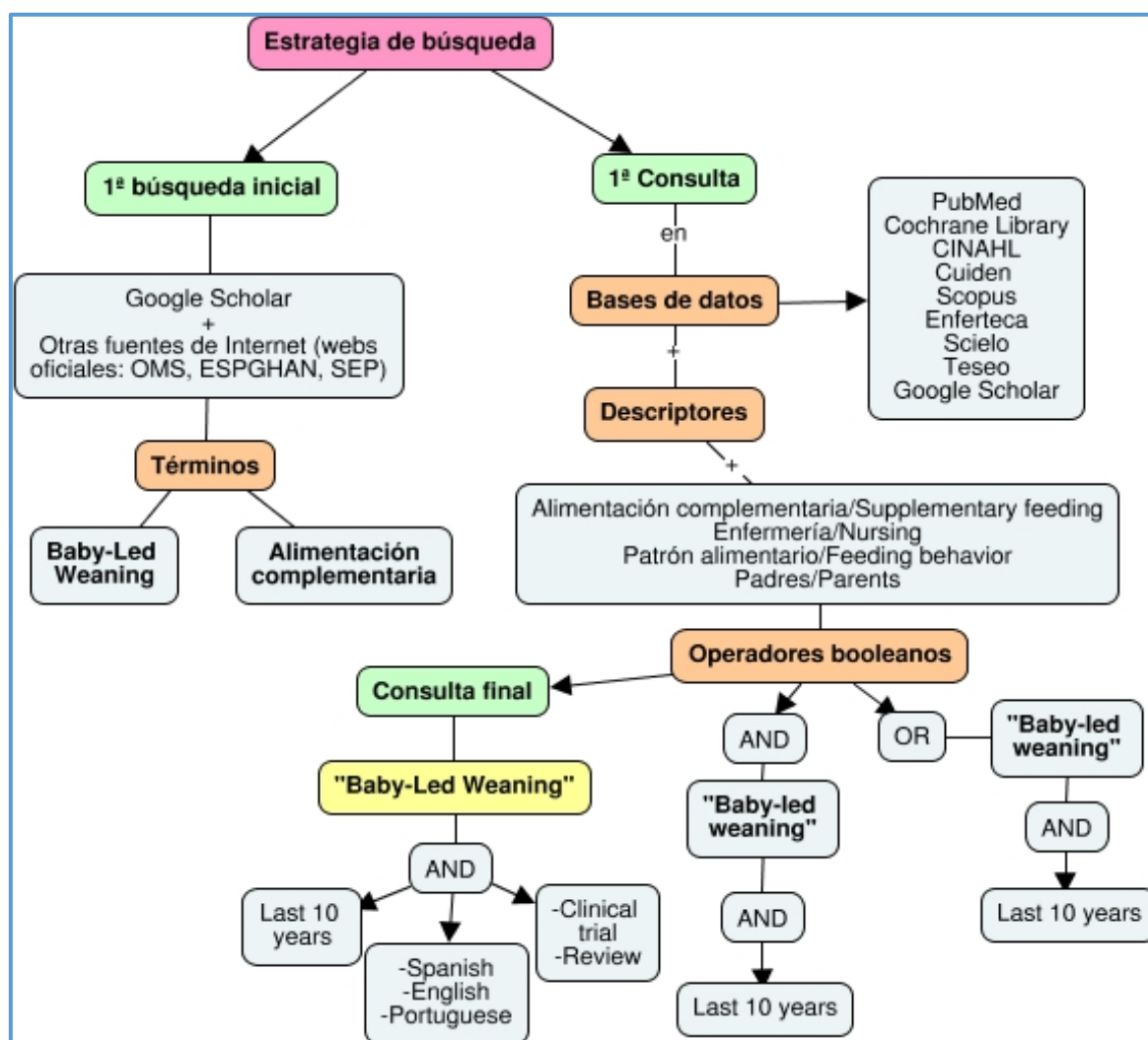
Bases de datos		Palabras clave / Descriptores
PubMed	Enferteca	Padres / Parents
Cochrane Library	Scielo	Enfermería / Nursing
CINAHL	Teseo	Alimentación complementaria / Supplementary feeding
Cuiden	Google Scholar	Patrón alimentario / Feeding behavior
Scopus		

Elaboración propia.

También se utilizó el término que hace referencia a nuestro objeto de estudio, “**Baby-led weaning**”; que al ser un nombre propio no se puede usar en lenguaje controlado como descriptor.

A continuación, se realizaron diferentes combinaciones con los operadores booleanos “AND” y “OR”, con aquellos términos que se consideraron más adecuados para abarcar el fenómeno de estudio, como se observa en la *imagen 1*. Tras la escasa obtención de trabajos, se redujo la búsqueda al término “Baby-Led Weaning”, que dio como resultado un importante número de artículos válidos para esta revisión narrativa.

Imagen 1. Estrategia de búsqueda.



Elaboración propia.

Para la selección final de los trabajos se tuvieron en cuenta los siguientes filtros:

- Que esté publicado dentro del rango de los 10 últimos años.
- Artículos en español, inglés y portugués.
- Tipo de trabajo: estudios de investigación y revisiones.

RESULTADOS

Tras la búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron 48 artículos que cumplían los criterios de inclusión, que quedaron reducidos a 23 (47.9%) después de la lectura del abstract, descartando aquéllos que se alejaban de la temática indicada o que estaban duplicados. Finalmente, y tras la lectura completa, se eligieron 14 trabajos (29.2%) que conforman el cuerpo de esta revisión narrativa (*tabla 2*).

Tabla 2. Selección de artículos por bases de datos.

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos repetidos	Seleccionados por abstract para lectura completa	Artículos seleccionados tras lectura completa
PubMed	30	27	0	18	14
Cochrane Library	8	8	5	3	0
CIHAHL	10	9	7	2	0
Cuiden	0				
Scopus					
Enferteca					
Scielo					
Teseo					
Total artículos finales seleccionados					14

Elaboración propia.

De los 14 trabajos incluidos en esta revisión, el mayor porcentaje de los mismos está publicado en los años 2011, 2016 y 2017 (*gráfico 1*). Según su tipología, el 92.9% son trabajos de investigación (ensayos clínicos aleatorizados, estudio piloto, estudios transversales, de casos y controles y prospectivos de cohortes) y el restante (7.1%) revisión de la literatura (*gráfico 2*). En cuanto a la procedencia, la podemos observar en el *gráfico 3*. Todos ellos están recogidos en el *anexo 1*.

Gráfico 1. Años de publicación de los trabajos seleccionados.

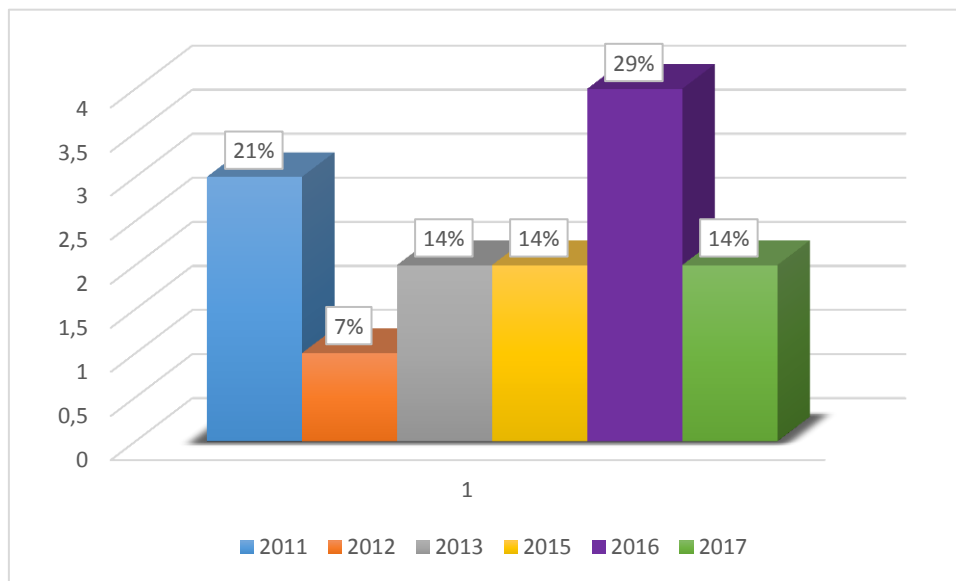


Gráfico 2. Tipología de los artículos seleccionados.

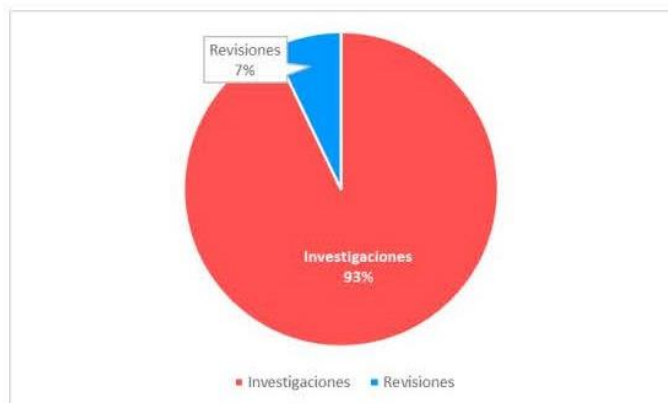
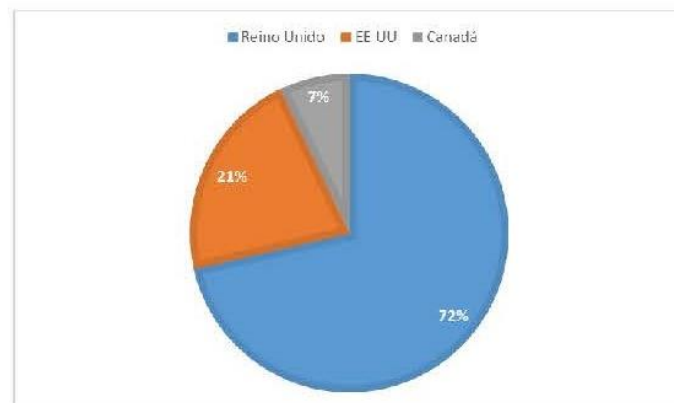


Gráfico 3. Procedencia de los artículos.



Categorías de análisis:

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, las categorías de análisis elegidas son:

- Baby-Led Weaning y riesgo de atragantamiento.
- Relación del Baby-Led Weaning con el sobrepeso/obesidad y el comportamiento alimentario de los/as niños/as.
- Sentimientos y vivencias de los padres y madres que deciden aplicar este método de alimentación complementaria con sus hijos/as.
- Papel de las/os enfermeros/as ante BLW.

BLW y riesgo de atragantamiento:

En la alimentación tradicional con cuchara, no se fomenta que el/la niño/a desarrolle la masticación, ya que el alimento pasa directamente a la parte posterior de la garganta para ser tragado, sin necesidad de masticar. Rapley (20) sugiere que, cuando se proporciona comida sólida, como sucede en el BLW, ésta se queda en la boca, favoreciendo el aprendizaje de la masticación y de la deglución al mover el alimento conscientemente hacia el fondo de la boca. Algunos autores sugieren un aumento de episodios de atragantamiento, sin embargo, otros argumentan que BLW no presenta mayor probabilidad de atragantamiento durante el período de destete del bebé que el método tradicional de la cuchara. Del mismo modo, muchos profesionales de la salud y padres/madres han expresado su principal preocupación sobre BLW, el riesgo de asfixia.

Cameron et al. (21), en un estudio observacional en el que entrevistaron a 199 madres sobre la modalidad de alimentación complementaria aplicada a sus hijos/as y el comienzo y las experiencias surgidas alrededor de la misma, concluyen que en un 32.6% de la muestra, los bebés habían tenido al menos un episodio de atragantamiento sin existir diferencias entre los seguidores de BLW o del método tradicional de AC. Respecto a la presencia de náuseas, tampoco hubo diferencias entre los distintos grupos. Estos autores señalan que BLW es factible para la mayoría de los bebés, lo que también es sostenido en parte por Wright et al. (22) en su estudio de cohorte prospectivo que realiza un seguimiento de la muestra a través de cuestionarios, puesto que añade el matiz de que, aunque es válido para la mayoría de los bebés, aquéllos con algún tipo de retraso en su desarrollo pueden llegar a presentar más episodios de atragantamiento, así como carencias nutricionales, por lo que se recomienda utilizar BLW de una manera práctica y parcial.

Taylor et al. (23), en su ensayo clínico aleatorizado realizado en Nueva Zelanda con 206 familias a lo largo de 2 años mediante medidas del peso y la talla y cuestionarios y registros diarios de dietas (a los 6, 7, 12 y 24 meses de edad), también investigaron BLW como consecuencia del interés de la población, a través de BLISS (Baby-Led Introduction to SolidS, versión modificada de BLW en la que se abordan las tres preocupaciones principales que tienen los profesionales de la salud y los/as padres/madres ante BLW; a saber, el riesgo de asfixia, bajo contenido en hierro en la

dieta e incremento de retraso del crecimiento). Asignaron 105 de esas familias al grupo BLISS y 101 al grupo control (método tradicional de la cuchara). Las madres del grupo de intervención (BLISS) recibieron educación y apoyo profesional individualizado desde el último trimestre del embarazo, y a los 5 meses y medio, a los 7 y a los 9 para continuar con la LME hasta los 6 meses, informarles sobre los alimentos con mayor posibilidad de provocar asfixia, así como de los que tienen mayor contenido en hierro y energía para promover su consumo, cómo preparar algunas comidas, es decir, instruirles en general sobre BLW; mientras que las del grupo control no fueron intervenidas, pero sí recibieron la atención profesional habitual en esta etapa del desarrollo del bebé.

Al finalizar este estudio, tal y como relatan Fangupo et al. (24), el 52% de todos los/as niños/as de los que se tenían datos disponibles acerca de la exposición a alimentos de riesgo de asfixia (164) presentaron este riesgo a los 7 meses de edad, siendo este porcentaje de 94% a los 12 meses (144) y sin diferencias significativas entre ambos grupos. En el 84% (109) del total de casos de atragantamiento más serios (129), los/as bebés se habían alimentado ellos/as mismos/as, y en el 58% la comida de consistencia sólida. No obstante, el 51% del de las veces no necesitaron asistencia médica o parental, y según Taylor et al. (23) solo 2 bebés (1 BLISS y 1 control) requirieron atención médica en el hospital (ambos casos debidos a la ingesta de leche y no de alimentos complementarios). Continuando con los autores Fangupo et al. (24), de los alimentos causantes, solo el 23% se encontraban en la lista de alimentos con alto potencial de atragantamiento proporcionada a los padres del grupo BLISS. Añadir que, el 79% de los/as niños/as a los 6 meses y el 71% a los 8 se encontraban siempre acompañados por la madre/padre o cuidador en el momento de la comida, siendo así en ambos grupos; aunque a los 11 meses esto era más probable que se diera en el grupo BLISS.

Fangupo et al. (24), en el mismo ensayo controlado aleatorizado con 206 familias, se centran en los/as 170 bebés que proporcionaron datos completos en el cuestionario durante los meses 6, 7 y 8, y sostienen que solo el 35% del total de los/as bebés se atragantaron al menos una vez en cualquiera de los tres meses del estudio. Aquéllos que llevaban a cabo BLISS, tuvieron náuseas con más frecuencia que los del grupo control a los 6 meses, pero menos a los 8. Concluyeron que los/as bebés que siguen la versión modificada BLISS se atragantaron con la misma frecuencia que los que se alimentaban de forma tradicional con cuchara, y destacaron que BLW puede ser igual de seguro. En

definitiva, parece que con ambos métodos puede haber prácticas inseguras por parte de los padres y madres, por lo que sería necesario proporcionarles educación en esta modalidad de AC.

D'Andrea et al. (25), realizaron un trabajo desde junio hasta agosto de 2014 en el que entrevistaban a 65 madres que utilizaban el BLW y a 33 profesionales de la salud acerca de este método mediante un cuestionario adaptado para cada grupo, y observaron que la mayor preocupación que afloraba en ambos grupos era el posible riesgo de asfixia, preocupación que iba desapareciendo a lo largo del tiempo con el mantenimiento del BLW. Como propuesta de mejora, los/as entrevistados/as indicaron que el aprendizaje de maniobras de RCP y primeros auxilios podría ser un factor favorecedor del BLW. Brown et al. (26), abordaron también en su estudio (llevado a cabo con una entrevista semiestructurada sobre las actitudes, experiencias y creencias de 36 madres con un/a hijo/a de entre 12 y 18 meses que habían seguido BLW) el riesgo de asfixia, por ser una de las preocupaciones más relevantes que se plantean los padres y madres (como ya se ha comentado anteriormente). Éstos/as se guían por la creencia popular de la posibilidad de atragantamiento con el BLW, lo que hace que se alarmen con facilidad ante sonidos naturales de náuseas. Cuando aprenden a identificarlas, se tranquilizan y empiezan a considerar que sus hijos/as no están en una posición de mayor riesgo de asfixia que los que no siguen BLW. Este estudio concluye, siguiendo en la misma línea que el anterior, que recibir adiestramiento de primeros auxilios disminuye el nivel de preocupación de padres y madres.

Cameron et al. (27), en un estudio piloto de BLISS realizado mediante cuestionarios y entrevistas semanales a 23 familias durante 12 semanas (de los 6 a los 9 meses de edad del niño/a) compararon BLW con BLISS, asignando 9 familias al primer grupo y 14 al segundo (las cuales ya habían decidido previamente al estudio seguir BLW). En relación con el riesgo de asfixia, dos bebés del grupo BLISS se atragantaron frente a uno de BLW, sin necesitar asistencia médica en ningún caso, y fue debida a la ingesta de alimentos desaconsejados en la intervención BLISS, lo que lleva a reflexionar sobre la falta de adherencia a las recomendaciones propuestas en BLISS.

Uno de los artículos publicados por Rapley (20) sugiere que el bebé que está sentado correctamente, algo imprescindible para el BLW, comiendo a su ritmo y concentrado en lo que hace, no tiene por qué tener mayor riesgo de asfixia frente a los bebés que, en

posición de semisentados, succionan alimentos en puré de una cuchara; y mientras tanto, les ayuda a saber qué tan hacia atrás deben llevar la comida en la boca, ayudando así al desarrollo de las habilidades para masticar.

Brown (28), trabajó con 1151 madres a través de un cuestionario que recogía los episodios de atragantamiento presentados por el/la bebé, el método de AC utilizado y el tipo de alimento causante del episodio. Los participantes se clasificaron en tres grupos: adherencia total a BLW, adherencia parcial a BLW y destete tradicional. El 13.6% del total de bebés habían tenido al menos un episodio de atragantamiento, siendo del 11.9%, 15.5% y 11.6%, respectivamente para cada grupo. En cuanto al tipo de alimento causante del atragantamiento, fue debido a los “finger foods” (alimentos sólidos que se pueden coger con las manos) en el 12.4%, con los purés grumosos en el 11.0% y con purés finos en el 2.0%, sin existir asociación entre los alimentos referidos y el grupo de destete. A su vez, tampoco observó asociación entre la asfixia y el sexo del/de la bebé, el peso al nacer o la gestación. Esto justifica la necesidad de aconsejar a los padres en cuanto a los alimentos que deben evitar por su posibilidad de provocar atragantamiento (como la manzana cruda), al igual que no deberían forzarles a comer colocando ellos el alimento en la boca.

Morison et al. (29) en un estudio transversal llevado a cabo con 51 bebés de entre 6 y 8 meses de vida, utilizaron un cuestionario y registros diarios de 3 días de la semana no consecutivos de toda la comida que había tomado el bebé, para determinar según el método de destete, la cantidad de alimentos ingerida, el tipo de alimentos, el grado de autonomía para comer y si compartían el momento de las comidas con la familia. Los bebés destetados con BLW tenían mayor autonomía para comer la mayor parte del tiempo y lo hacían con el resto de la familia, frente a los destetados con el método tradicional de la cuchara. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al riesgo de atragantamiento. Del mismo modo, tanto en BLW como en el método de la cuchara los/as niños/as tenían ingestas de energía similares, aunque los/as lactantes seguidores de BLW parece ser que toman mayor cantidad de grasas saturadas y de grasas en general, y menor de hierro, zinc y vitamina B12.

BLW, sobrepeso/obesidad y comportamiento alimentario de los/as niños/as:

El periodo postnatal es una época en la que se produce un crecimiento y desarrollo rápidos en la vida del/de la bebé, y es un momento adecuado para iniciar intervenciones orientadas fomento de hábitos saludables. En este sentido, algunos profesionales e investigadores piensan que el inicio del destete con BLW brinda una oportunidad para llevar a cabo intervenciones de este tipo. No obstante, muchos otros profesionales sanitarios y padres/madres piensan que el BLW puede favorecer el bajo peso en los/as niños/as.

Rapley (20) refiere que, en el BLW, es el/la bebé quien controla su propia ingesta, que las comidas se hacen más amenas y divertidas y menos estresantes para los padres y madres. BLW favorece las comidas familiares y parece contribuir a que los/as niños/as sean menos problemáticos durante las mismas y a una mejor regulación del apetito que con el método tradicional de cuchara; sin embargo, se trata de premisas que requieren una mayor investigación entorno a esto.

Townsend et al. (30), en un estudio en el que participaron 155 niños/as de entre 20 y 78 meses de edad, de los/as cuales 92 (59.3%) seguían BLW y 63 (40.6%) alimentación con cuchara, investigaron la influencia de seguir un método u otro de destete y la aparición de sobrepeso a través de un cuestionario rellenado por los padres y las madres. Los/as niños/as pertenecientes al grupo BLW presentaron un IMC dentro del rango normal, pero más bajo que los del grupo control, para los sistemas de clasificación National Health Services (NHS) y Centers for Disease Control and Prevention (CDC), existiendo mayor incidencia de niños/as con sobrepeso en el grupo alimentado con cuchara y de niños/as con bajo peso en el grupo BLW. Así mismo, los destetados con BLW presentaban mayor preferencia por carbohidratos y alimentos saludables, lo que puede convertirse en una herramienta útil para la prevención de la obesidad.

En el ensayo clínico aleatorizado de BLISS, de Taylor et al. (23) y mencionado anteriormente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni a los 12 ni a los 24 meses de edad en el IMC, prevalencia de sobrepeso, ingesta de energía o autorregulación del apetito en ambos grupos (BLW y BLISS). No obstante, estos autores también concluyen que, en el grupo BLISS se observaron conductas alimentarias con posible aumento del riesgo de obesidad en el futuro, como consecuencia de un mayor disfrute de los alimentos a los 12 y 24 meses y menor

sensibilidad a la saciedad a los 24 meses. La autonomía del bebé con BLW podría no ser beneficiosa para el control del peso corporal ante la dificultad que pueden tener algunos bebés para interpretar las señales intrínsecas de apetito y saciedad, que pueden conducir hacia el consumo excesivo en ausencia de restricción externa. Debido a esto, se hace necesario una mayor enfatización en los efectos de BLISS a largo plazo y en la eficacia de las intervenciones realizadas.

Este mismo estudio también muestra los beneficios que tuvo BLW en el comportamiento en comparación con el método tradicional, ya que promovió y consiguió la autoalimentación en todas las edades de todos o prácticamente todos los alimentos ofrecidos, la ampliación de 4 semanas más de LME (con el consiguiente retraso y cumplimiento de la recomendación de la OMS de introducción de la AC a los 6 meses) y comportamientos alimentarios menos exigentes y quisquillosos. Al compartir las comidas con el resto de la familia, los bebés pueden adquirir patrones de alimentación más saludables.

Brown et al. (31), en su estudio transversal llevado a cabo a través de un cuestionario online con 298 madres con hijos/as de 18-24 meses [con un 54.7% pertenecientes al grupo BLW y un 45.3% al grupo estándar (SW)], la mayor parte de los/as niños/as de ambas muestras tenían un peso adecuado para su edad (74.5%, que representa a 222 de los niños/as), de los que un 11.7% (35 niños/as) tenían sobrepeso y un 3.7% bajo peso (11). De media, los/as niños/as del grupo SW tuvieron un peso de 12.86 kg, significativamente mayor que los del BLW con 11.79 kg, siendo esta relación independiente del peso al nacer, duración de la lactancia materna, edad de introducción de los alimentos sólidos y el control de la madre. Estos datos dan unas cifras para el BLW de 8.1% de niños con sobrepeso y 5.4% de bajo peso, frente al 19.2% con sobrepeso y un 2.5% con bajo peso de los niños/as de SW. Asimismo, fue mayor el porcentaje de sujetos con peso normal en BLW que en SW (86.5% y 78.3%, respectivamente). Estos mismos autores afirman, con respecto al comportamiento de los/as bebés en cuanto a la alimentación, que éste se encuentra relacionado con diversos factores, como son el estilo de destete, el estilo de alimentación materno-infantil y el peso del/de la niño/a. En esta misma línea, aquellos/as lactantes que llevaron a cabo su destete mediante BLW tenían un menor nivel de sensibilidad a los alimentos y mayor a la saciedad que los del otro grupo, sin tener ello relación con la educación de la madre,

el control que ejerciera ésta, el momento en el que se introdujera la AC o el peso del/de la bebé. En cuanto a la irritabilidad de los alimentos no hubo diferencias significativas.

Respecto al momento en el que se introdujeron los alimentos complementarios, Brown (32) observó, en una muestra de 604 madres (con hijos/as de entre 6 y 12 meses) a las que se les proporcionó un cuestionario para indagar en las diferentes características maternas en función del método de destete y en la que el 58.1% se clasificaron en el grupo BLW y el 41.9% en el destete tradicional, que generalmente las madres que siguen un enfoque BLW introducen los alimentos complementarios a la edad recomendada de 6 meses, mientras que aquéllas que siguen el tradicional realizan una introducción más temprana. Esto se vio a su vez asociado con menores niveles de ansiedad en la madre y con un IMC más bajo, de tal manera que los/as niños/as que presentaban un IMC más alto y cuyas madres tenían mayores niveles de ansiedad eran introducidos a la AC con anterioridad.

Sentimientos y vivencias de los padres y madres que deciden aplicar BLW:

Diversos son los motivos que llevan a las familias a decidir implementar BLW en la crianza de sus hijos/as. El BLW no es algo nuevo, ya que probablemente lleva millones años desarrollándose en algunas familias, pero por diversos motivos no lo han comunicado abiertamente.

Tal y como postulan Cameron et al. (21), todas aquellas que habían puesto en práctica BLW, lo recomendarían al resto, pero el 59.6% propondrían un método mixto en el que se combine BLW con la alimentación con cuchara. En este mismo estudio se les preguntó a quienes alimentaron ellas mismas a sus hijos/as si probarían BLW y el 46% estarían dispuestas a probar esta modalidad de AC si tuvieran otro/a hijo/a. Aquéllas que no querían probarlo argumentaban temor a la asfixia (55.3%), preocupación por la capacidad del/de la bebé para comer lo suficiente (44.2%), creencia de que el/la bebé no tendría las habilidades motoras necesarias para alimentarse por sí mismo (27.6%) y por considerar que al haberles funcionado bien la alimentación dirigida por los propios padres y madres, no había necesidad de cambiar de método (27.1%).

Brown et al. (33) reclutaron una muestra final de 604 madres con bebés de entre 6 y 12 meses de edad, de las cuales, 351 (58.1%) siguieron BLW y 253 (41.9%) el destete

estándar o tradicional (SW), rellenando todas ellas un cuestionario: Child Feeding Questionnaire (CFQ), cuyos resultados se explican a continuación. Las madres pertenecientes al grupo BLW tenían mayor nivel académico, un trabajo profesional o directivo y mayor probabilidad de volver al trabajo tras la baja maternal. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la edad de la madre, estado civil o ingresos recibidos. Otros aspectos a destacar, apoyados también por Brown et al. (31), son que las madres que seguían BLW no tenían preocupación por la ganancia de peso del/de la bebé frente a las madres de SW, que sí la tenían, al mismo tiempo que seguían un modelo de alimentación menos exigente; sin que hubiera diferencias respecto a los cuidados maternos proporcionados o el peso percibidos. También se pone de manifiesto que, obligar a un/a niño/a a comer hace que aumente un estilo de alimentación exigente que puede llegar a provocar alteraciones en el peso; así como, se ha relacionado la restricción de determinados alimentos con su mayor ingesta cuando se les permite el acceso libre.

En el mismo sentido, Taylor et al. (23) señalan que, fuera del contexto de un ensayo/estudio, las madres que elegirían BLW con más probabilidad, serían las que tienen un nivel socioeconómico más alto, razón que podría ser la causa de la menor prevalencia de obesidad en estos/as niños/as encontrada en estudios anteriores no aleatorios. Brown (28), añade que las madres que trabajaban a tiempo completo, eran más propensas a seguir un método tradicional con cuchara, mientras que las que no trabajaban eran más proclives a seguir BLW estrictamente, es decir, seguir o no BLW también depende del tiempo del que dispongan las madres y los padres. Esta última autora, igualmente concluye que las madres que llevan a cabo BLW tienen mayor nivel formativo que las que siguen el método tradicional.

D'Andrea et al. (25) reportan que el 64.6% de las 65 madres entrevistadas decidió llevar a cabo el BLW con sus hijos/as porque lo consideraban un método natural y con sentido, aunque también existen diversos factores que influyen en esta decisión, como son el desarrollo de habilidades en alimentación infantil y hábitos y actitudes saludables hacia los alimentos; buscando información y apoyo de manera más habitual en las páginas de Facebook que en los/as profesionales sanitarios. No obstante, algunas madres no siguieron estrictamente BLW y utilizaron la cuchara ante la ansiedad que les producía la presión social de quienes están a favor de BLW, y a que sería más

importante afirmar que seguían BLW antes que llevarlo a cabo correctamente. Los profesionales sanitarios como las/os enfermeras/os tienen que saber detectar esta situación en las madres que dicen usar BLW.

Diversos artículos nos hablan del control parental sobre la dieta de los/as bebés. Según Brown et al. (26), en su estudio con madres seguidoras de BLW, se detectó que el excesivo control materno sobre la alimentación del/de la bebé favorecía los problemas de peso y los trastornos alimentarios en el futuro. Por el contrario, las madres que mantenían la LM más tiempo, no insistían a su bebé para que terminara la comida complementaria ofrecida, ya que sabían que, si no lo hacía, sería porque ya no tenía más apetito (como sucede cuando reciben LM) o porque también podría tomar después leche materna. Además, al dejarles libertad para comer, se fomentaría la autorregulación de la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos y disminuiría el riesgo de sobrepeso. No obstante, reconocieron que esta actitud la desarrollaron gradualmente tras comprobar que el/la bebé no tenía problemas de salud y que ganaba peso normalmente. Sin embargo, sí se preocupaban por ofrecer variedad de alimentos para que no tuvieran deficiencias nutricionales, con la precaución de que fueran bajos en sal, en azúcar y en grasa.

En este mismo estudio de Brown et al. (26), los padres/madres también consideraban BLW como un enfoque natural, lógico y simple, que permite al bebé probar diferentes sabores y texturas, y de fácil integración en el estilo de vida familiar. Los/as lactantes estaban más relajados durante las comidas, éstas eran más placenteras, de mayor disfrute para el bebé, se economizaba el tiempo (al no tener la presión de alimentar al bebé, tratando de comer a la vez que él/ella o teniendo que hacerlo posteriormente), así como no tenían preocupación ni por seguir un plan concreto de introducción de alimentos ni por la cantidad de los mismos; lo que puede llevar al mayor bienestar psicológico de toda la familia. Pero también destacaron dificultades, como el desorden que implica BLW, sobre todo al principio, puesto que mucha comida se tira al suelo, se desperdicia y el/la bebé acaba bastante sucio, lo que podría ser una situación embarazosa cuando la familia comiera fuera de casa con su bebé, al ser una forma de alimentación poco común. No obstante, proponían varias soluciones, como la utilización de baberos de manga larga a modo de camiseta o cubrir el suelo alrededor del/de la bebé con un “cubresuelo” especial. En relación al desperdicio de comida, y al

gasto económico que ello conlleva, éste se va reduciendo con el tiempo, debido, por una parte, a la adquisición de mayor habilidad del/de la bebé para comer y por otra, al desarrollo del aprendizaje alimentario al tomar los mismos alimentos que el resto de la familia. Por el contrario, las madres que utilizan un método tradicional con cuchara con frecuencia refirieron ansiedad, confusión y emociones negativas entorno a la introducción de la AC.

Papel de los/as enfermeros/as ante BLW:

Los/as profesionales sanitarios en general y las enfermeros/as en particular, juegan un papel muy importante en las decisiones relacionadas con el destete, y en la promoción de hábitos saludables, puesto que es a quienes recurren madres y padres para consultar dudas y pedir asesoramiento, como fuente de información entorno a este período de la vida en concreto, y respecto a la salud en general. Diversos/as autores/as han plasmado la preocupación expresada por varios/as profesionales de la salud acerca de BLW, su seguridad y los posibles riesgos que pueda presentar en relación al contenido energético de la dieta, a la capacidad de alimentarse lo suficiente, al crecimiento pondoestatural correspondiente y al riesgo de asfixia; por lo que algunos/as de estos/as profesionales no están a favor de recomendarlo en el ejercicio de su profesión.

Cameron et al. (21, 27) sostienen que, debido a la escasez de ensayos controlados aleatorizados, muchos/as profesionales y órganos de gobierno de la salud son reacios a apoyar BLW como una recomendación para la población general. A pesar de ello, BLW está creciendo en popularidad entre los padres y madres de las nuevas generaciones, sobre todo en Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá, porque, aunque no se conoce oficialmente, sí se transmite la información a través de amigos, familiares y redes sociales.

De los 33 profesionales sanitarios encuestados en el estudio de D`Andrea et al. (25) para identificar los conocimientos de padres, madres y profesionales de la salud acerca de BLW, 27 sí conocían su existencia. Ambos grupos conocían BLW, las madres a través de amigos o redes sociales, y los/as profesionales de la salud por otro/a profesional sanitario/a, por un/a usuario/a y por la práctica profesional. No obstante, estos/as últimos/as no tenían los suficientes conocimientos como para instruir o dar consejos

sobre BLW, no pudiendo servir de apoyo. Este estudio revela la necesidad de mayor investigación y formación reglada sobre BLW, para que las/os enfermeras/os puedan informar con veracidad a madres y padres, realizando recomendaciones seguras y probadas que faciliten la toma de decisiones; puesto que enfermería es una fuente de información fiable y demandada. En pleno siglo XXI, es importante que los/as profesionales sanitarios tengan en cuenta que las redes sociales (como Facebook) son unas de las mejores herramientas para proporcionar información y apoyo, sobre todo a estas madres y estos padres, pudiendo empezar a incluirlas en su práctica profesional.

Rapley (20) apunta que, debido al creciente auge del BLW, muchas/os enfermeras/os se están viendo en la obligación de revalorar la información de la que disponen respecto al destete y los consejos que dan. No obstante, Cameron et al. (21) observan que algunas familias no cumplen a rajatabla con lo que dice la teoría de BLW, por lo que profesionales sanitarios e investigadores/as de estudios posteriores deben realizar métodos más exactos de medición de la alimentación infantil y no confiar en lo comunicado por los padres.

CONCLUSIONES

Para comenzar, es importante señalar que la mayor preocupación entorno a BLW es el riesgo de atragantamiento. Sin embargo, no se han encontrado hasta el momento diferencias significativas en el número de episodios de atragantamiento producidos, sea cual sea el método de destete, por lo que con BLW no existe mayor posibilidad de atragantamiento que con el método tradicional. Siempre puede surgir la duda de cómo desmenuzará y tragará el/la bebé los alimentos sólidos en ausencia de dientes, pero, en este caso, la mandíbula es capaz de romper los alimentos, la lengua los desplaza hacia atrás y el reflejo nauseoso presente hasta los 9 meses impide que traguen porciones demasiado grandes. No obstante, durante el período de destete la coordinación entre masticación, respiración y deglución aún no se ha desarrollado completamente, y puede dar lugar a arcadas que confundan a los padres/madres. Esto hace necesario que se les informe para evitar situaciones de alarma.

En general, la gran mayoría de familias seguidoras de BLW suelen combinarlo con el método tradicional, lo que sugiere que ambas opciones de alimentación se pueden complementar según las características familiares. En esta misma línea, todas las familias seguidoras de BLW recomendarían este método a otras, aunque principalmente combinado con la alimentación con cuchara. Usualmente, las familias eligen BLW por tratarse de un método natural y lógico que desarrolla hábitos y comportamientos saludables, regulación del apetito y que hace que las comidas sean más divertidas, placenteras y menos estresantes.

También se observa que con BLW hay menor riesgo de sobrepeso en el/la bebé que con el método tradicional, porque, aunque se les proporcionan ingestas similares de energía, BLW contribuye más fácilmente a la autorregulación del apetito y a controlar su propia ingesta.

Respecto a otros indicadores analizados en la revisión, todos los autores/as coinciden en que son necesarios más trabajos de investigación, a más largo plazo y con muestras aleatorias y representativas de la población, para comprobar la influencia de BLW sobre el comportamiento alimentario de los bebés, el riesgo de sobrepeso en el futuro, la seguridad de padres y madres para llevarlo a cabo y sobre los conocimientos de los/as profesionales de la salud para recomendarlo. Hasta el momento actual, uno de los trabajos más importantes, BLISS, parece demostrar que la información proporcionada a

los padres y madres, no establece diferencias respecto a la aparición de asfixia, sobrepeso o autorregulación del apetito; sugiriendo que BLW es igual de fiable que el método tradicional, aunque sí habría que educar a padres y madres, cualquiera que sea el método seguido, para evitar los posibles riesgos mencionados. No obstante, en un grupo de niños/as se observaron, a los 24 meses de edad, conductas favorecedoras de obesidad en el futuro, con menor sensibilidad a la saciedad; por lo que se hace necesaria una investigación longitudinal a largo plazo.

Asimismo, BLW favorece una prolongación de la LM y la despreocupación por seguir un plan concreto de alimentación o por la cantidad de los alimentos a tomar. Todo esto lleva a un mayor bienestar psicológico en la familia. BLW también tiene inconvenientes, y uno de los más comunes es la suciedad que implica; éstos ceden con el tiempo, y mientras tanto, los/as padres/madres proponen soluciones para hacerlo más llevadero.

Otro aspecto que llama la atención, es que, en la mayoría de los estudios analizados, solo se incluye a las madres en el cuidado del/de la bebé, y son ellas las que responden generalmente los cuestionarios facilitados por los investigadores. Esto plantea la idea de que la alimentación del/de la bebé aún sigue estando principalmente bajo responsabilidad de las madres, mientras que los padres se mantienen en un segundo plano. También se observa que, las madres que siguen BLW son de mayor nivel académico, con un trabajo profesional y mayor probabilidad de volver al trabajo tras la baja maternal, teniendo una situación socioeconómica que podría explicar la prevalencia de menor obesidad en sus hijos/as.

Respecto a los/as profesionales sanitarios, en lo que respecta a las/os enfermeras/os, es necesaria una mayor formación en BLW que disminuya la reticencia a recomendarlo, además de adquirir conocimientos y experiencia que les permitan ofrecer apoyo a las madres y padres, para evitar divulgaciones contradictorias obtenidas a partir de la web y de las redes sociales, al tratarse de un método que está creciendo en seguidores.

Limitaciones:

Como ya se ha comentado, hay muy escasa investigación científica acerca de este método de alimentación complementaria, y la que existe está realizada sobre muestras de población pequeñas y mayoritariamente autoseleccionadas, al tratarse de familias procedentes del medio urbano, con mayor poder adquisitivo y formación superior. Estos datos no serían extrapolables al resto de la población, dadas las diferencias entre los distintos estratos sociales. Igualmente, al incluir principalmente a las madres en los estudios de investigación, no se puede conocer las experiencias y opiniones de los padres.

Para definirse como seguidor de BLW, en los estudios se utilizan distintos métodos, lo que implica otra limitación, por lo que habría que unificarlos desarrollando una única definición más exacta.

Aplicaciones para la práctica enfermera:

Un buen conocimiento de todas las necesidades que presenta la población ayuda a un mayor acercamiento de ésta a los/as profesionales sanitarios, sin tener que recurrir a otras fuentes de información poco fiables, pudiendo así también educar en otros aspectos referentes a la salud. Al ser un método en auge que engloba una de las etapas más importantes en la vida de la persona, tanto para la adquisición de hábitos y estilo de vida orientados a la salud, como para la prevención de obesidad y otros problemas de salud de gran prevalencia actual, es importante que las/os enfermeros/as adquieran los conocimientos necesarios para formar y educar en salud a este grupo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. Copenhagen: WHO; repr. 2003. WHO regional publications, European series; 87.
2. Pinedo Bustillo P, Martín Salinas C. Alimentación del niño sano. En: Martín Salinas C, Díaz Gómez J. Nutrición y Dietética: 3ª ed, Madrid: DAE; 2015. pp. 311-330.
3. OMS [Internet]. Ginebra: OMS, 2018. Alimentación del lactante y del niño pequeño [actualizada 16 febrero 2018] [consultado 10 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. OPS/OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS 2010.
5. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med. 2017; 12(3):175-182.
6. UNICEF. Infant and Young Child Feeding: Programming Guide. Nueva York: the IYCF Unit, Nutrition Section, UNICEF; 2011. 165 p.
7. De Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. Pediatr Integral. 2015; XIX(4): 243-250.
8. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Madrid: AEP; 2016. 9 p.
9. Bégin France, Arts M, White J, Clark D, Sint TT, Taqi I, Holland D, Krasevec J, Kumapley R, Mehra V. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Nueva York: UNICEF; 2016. 104 p.

10. ESPGHAN. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51(1):110-122.
11. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006.* Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.
12. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119-132.
13. Pardío-López J. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediatr Mex.* 2012;33(2):80-88.
14. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(3):182-201.
15. Perdomo Giraldo M, De Miguel Durán F. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral.* 2015; XIX(4):260-267.
16. Pavón Belinchón P, Parra Martínez I, Aparicio Rodrigo M, Arroba Lasanta ML. Alimentación del lactante sano. En: Suárez Cortina L (coord). *Manual Práctico de Nutrición.* Madrid: Ergon; 2007. pp 57-76.
17. Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista.* 2014;8(2):64-72
18. Grupo de Crónicos de FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. [Internet]. Madrid: FAECAP; 2013 [consultado 9 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2HGvaYN>

19. Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 [Internet]. Madrid: Servicio madrileño de salud. Dirección general de Atención Primaria; 2009. 56 p. [consultado 3 abril 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
20. Rapley, G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner*. 2011;84(6):20-23.
21. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Parent-led or baby-led?: Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [consultado 20 enero 2018];3(12):e003946. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/12/e003946.full.pdf>
22. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible?: When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr*. 2011;7: 27-33.
23. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight. *JAMA Pediatr*. 2017;171(9):838-846.
24. Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*. 2016;138(4):e20160772.
25. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebathan B. Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:72-77.
26. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013; 9:233-243.
27. Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr*. 2015; 15:99.

28. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. 2017; doi: 10.1111/jhn.12528.
29. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding?: A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [consultado 20 enero 2018];6(5):e010665. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/5/e010665.full.pdf>
30. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best?: The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [consultado 20 enero 2018];2: e000298. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2/1/e000298.full.pdf>
31. Brown A, Lee M. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity*. 2015;10:57-66.
32. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12(4):826-837.
33. Brown A, Lee M. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. 2011;15(8):1265-1271.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, y en especial, a mi tutora de TFG, Carmen Martín Salinas por la enorme ayuda prestada, por su paciencia y contribución al mismo. A la fuente de inspiración de este trabajo, Candela, y a toda mi familia por el apoyo recibido durante todos estos 4 años de universidad.

Agradecer también a María Candelas Gil, bibliotecaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, por la ayuda prestada en la realización de este trabajo.

ANEXOS

Anexo 1. Artículos seleccionados.

BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR	PAÍS Y AÑO	DISEÑO Y MUESTRAS	CONCLUSIONES
PubMed	Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families.	Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM.	Reino Unido 2013	Estudio descriptivo transversal. Muestra (N)= 199	Realmente muy pocos padres/madres siguen BLW estrictamente. La medida en la que BLW fue llevado a cabo se asoció con beneficios potenciales, como compartir comidas con la familia, y riesgos, como ofrecer los primeros alimentos con bajo contenido de hierro, resaltando la importancia para los profesionales sanitarios y los investigadores de determinar el grado de adhesión a BLW.
PubMed	A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking.	Fangupo LJ, Heath A-LM, Williams SM, et al.	EEUU 2016	Ensayo clínico. N= 206	Los/as bebés que siguen BLW recibiendo información para minimizar el riesgo de asfixia no parecen ser más propensos a atragantarse que aquéllos/as que siguen el método tradicional de alimentación. Sin embargo, en ambos grupos se ofrecen alimentos que presentan riesgo de asfixia a un gran número de niños/as.
PubMed	Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial.	Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, et al.	EEUU 2017	Ensayo clínico. N= 206	BLW no tiene como resultado un IMC más apropiado que los que utilizan la alimentación tradicional con cuchara, aunque los/as lactantes eran menos irritables con respecto a los alimentos.
PubMed	Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation.	D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, et al.	Canadá 2016	Estudio descriptivo transversal. N= 98	Las madres que siguen BLW varían en sus experiencias y adherencia a BLW, además ven la práctica y las desventajas del método muy distintamente a los profesionales de la salud. Aunque la mayoría de éstos últimos conocían BLW, pocos están familiarizados con sus prácticas específicas. Los profesionales de la salud se podrían beneficiar de un mejor conocimiento de BLW para proporcionar orientación al número creciente de madres que lo ponen en práctica.
PubMed	An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods.	Brown A, Lee M.	Reino Unido 2013	Estudio descriptivo transversal. N= 36	Se ofrece una visión de BLW para los/as profesionales de la salud que se dedican a los niños/as, abordando preguntas sobre el uso y la adaptación de los principios claves del método.

BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR	PAÍS Y AÑO	DISEÑO Y MUESTRAS	CONCLUSIONES
PubMed	Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking.	Cameron SL, Taylor RW, Heath A-LM.	Reino Unido 2015	Ensayo clínico. N= 23	Aunque este estudio sugiere que BLISS puede tener mayores ingestas de hierro y menor riesgo de asfixia que el grupo BLW no modificado, se concluye que se necesitan más ensayos controlados aleatorios para confirmarlo.
PubMed	How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months.	Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, et al.	Reino Unido 2016	Estudio descriptivo transversal. N= 51	Los niños/as seguidores de BLW tienen ingestas de energía similares a aquéllos/as que siguen un método tradicional y tienden a tomar con más regularidad la misma comida que el resto de la familia, pero parecen tener ingestas mayores de grasas, y menos ingestas de hierro, zinc y vitamina B12. En ambos grupos se ofreció una proporción elevada de alimentos que presentan riesgo de asfixia.
PubMed	Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace.	Rapley G.	Reino Unido 2011	Revisión.	Este artículo refresca el conocimiento en AC que tienen los/as profesionales sanitarios, así como explora la evidencia que apoya BLW como un método lógico para la introducción de sólidos a los 6 meses. Aborda también algunas preocupaciones entorno al método, como el riesgo de asfixia y la ingesta de hierro, incluyendo consejos para implementar BLW y algunos de sus beneficios potenciales.
PubMed	No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach.	Brown A.	Reino Unido 2017	Estudio descriptivo transversal. N= 1151	BLW no se asoció con un incremento del riesgo de asfixia, habiendo mayor frecuencia de atragantamiento en aquéllos que habían recibido "finger foods" menos veces. No obstante, las limitaciones que requieren más investigación.
PubMed	Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample.	Townsend E, Pitchford NJ.	Reino Unido 2012	Estudio analítico de casos y controles. N= 155	El estilo de destete tiene un impacto en las preferencias de alimentos y en la salud en la infancia temprana. Se sugiere que los/as bebés destetados con BLW aprenden a regular su ingesta de comida, lo que lleva a un menor IMC y a una preferencia por comida saludable como carbohidratos, lo que puede resultar útil para combatir el aumento de obesidad en las sociedades contemporáneas.

BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR	PAÍS Y AÑO	DISEÑO Y MUESTRAS	CONCLUSIONES
PubMed	Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style.	Brown A, Lee MD.	Reino Unido 2015	Estudio analítico de casos y controles. N= 298	BLW puede alentar una mayor sensibilidad a la saciedad y trayectorias de aumento de peso saludable en los/as lactantes. Se necesitan más investigaciones con ensayos controlados aleatorizados.
PubMed	Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach.	Brown A, Lee M.	EEUU 2011	Estudio descriptivo transversal. N= 702	Las madres que llevaban a cabo BLW refirieron significativamente menores niveles de restricción, presión para comer, monitorización y preocupación por el peso del niño/a que las que seguían un destete tradicional. No se observó asociación entre el estilo de destete y el peso infantil o el tamaño percibido. BLW se asoció con un estilo de alimentación materno bajo en control, lo que podría tener un impacto potencialmente positivo sobre el posterior peso del/de la infante y el estilo alimentario.
PubMed	Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?	Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, et al.	Reino Unido 2011	Estudio analítico de cohortes prospectivo. N= 609	BLW es probablemente factible para la mayoría de los/as bebés, pero podría conducir a problemas nutricionales en niños/as que tienen relativo retraso en su desarrollo.
PubMed	Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles.	Brown A.	Reino Unido 2016	Estudio descriptivo transversal. N= 604	Las madres que adoptaron BLW presentaron menores niveles de restricción en la comida, ansiedad, introversión y síntomas obsesivos compulsivos; siendo así las madres de ambos grupos diferentes en personalidad, y comportamiento alimentario. Esto puede afectar a la probabilidad de elegir BLW, o afectar indirectamente a los/as bebés destetados con este método, por lo que se necesita mayor investigación en muestras de población más grandes.

Elaboración propia.

Anexo 2.

Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6–23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda				
EDAD	ENERGÍA NECESARIA POR DÍA, ADEMÁS DE LA LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE USUALMENTE CONSUMIRA UN NIÑO 'PROMEDIO' EN CADA COMIDA ^a
6–8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados Continuar con la comida de la familia, aplastada	2–3 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	Comenzar con 2–3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml
9–11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3–4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	½ vaso o taza o plato de 250 ml
12–23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia, picados o, si es necesario, aplastados	3–4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1–2 'meriendas'	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml
Información adicional				
Las cantidades recomendadas de alimentos, que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g.				
Si la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g, la madre debería incrementar la densidad energética de los alimentos (agregando algunos alimentos especiales) o incrementar la cantidad de alimentos por comida. Por ejemplo:				
— de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza				
— de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza				
— de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.				
La tabla debe ser adaptada en base al contenido de energía de los alimentos complementarios locales.				
La madre o el cuidador, debería alimentar al niño empleando los principios de alimentación perceptiva, reconociendo las señales de hambre y de saciedad. Estos signos deben guiar la cantidad de alimentos a ser administrada durante cada comida y la necesidad de darle 'meriendas'.				
^a Si el lactante no recibe lactancia materna, además darle: 1–2 vasos o tazas de leche por día y 1–2 comidas adicionales por día				

Fuente: OMS 2010 (4).

Anexo 3.

<i>Recomendaciones sobre Alimentación Complementaria</i>
La alimentación complementaria debe aportar como máximo el 50% del aporte energético total, pero continuando con la lactancia en cantidad de 500 ml/día. Cada familia tiene unas ideas culturales y unos hábitos propios, por lo que no hay una regla estricta que nos diga el orden de introducción de los cereales sin gluten, frutas, verduras y carnes, sino que esto se puede adaptar para poner en práctica pautas diferentes. A pesar de esto, y de que el origen de las intolerancias alimentarias es difuso, sí que se recomienda introducir ciertos alimentos después de los 6 meses, ya que están asociados con enfermedades atópicas y enteropatías.
No condimentar las comidas con sal o azúcar, es suficiente con que la que tienen los propios alimentos.
Ofrecer agua.
Cereales: Deben ser hidrolizados al no disponer hasta los dos años de los valores necesarios de amilasa para su digestión. Aportan energía fundamentalmente. Debido al riesgo de desarrollar enfermedad celíaca grave y caries (respectivamente), es recomendable introducir el gluten alrededor de los 8-9 meses (como el trigo, la cebada y el centeno) y no añadir miel ni azúcar.
Frutas: Se pueden empezar a tomar a partir del quinto mes, sin adicción de miel, azúcar o edulcorantes. No obstante, debido a su elevada capacidad alergénica, las fresas, melocotones y frutas exóticas se deben retrasar hasta después del primer año.
Carnes: pollo, cordero o ternera en cantidad de 25-40 g/día al inicio. Se toleran mejor acompañadas de verduras.
Hortalizas y verduras: Comenzar con patata y zanahoria. A partir de los 8 meses se incorporan las familias de las coles, por su alto contenido en nitritos que puede causar metahemoglobinemia.
Pescados: Introducción de pescado magro a los 9 meses (fresco o congelado), excepto si el bebé presenta antecedentes de atopia o alergia alimentaria, en cuyo caso se retrasará a los 12 meses. Una vez integrado en la dieta, se tomará 2-3 veces por semana.
Huevos: La yema a los 9 meses y la clara a los 12 (por su potencial alergénico). 2-3 huevos a la semana y bien cocidos.
Legumbres: A partir del año y cocinadas con poca grasa.
Yogurt: a partir de los 9 meses, y preferiblemente aquéllos elaborados con leche de fórmula adaptada.
Leche de vaca: Preferible a partir de los dos años de edad porque puede producir: <ul style="list-style-type: none"> - Anemia ferropénica por inhibición de la absorción gastrointestinal del hierro de otros alimentos. - Deshidratación en situaciones de riesgo, por sobrecarga renal de solutos. En la infancia, se debe tomar leche entera.

Elaboración propia. Fuente: Perdomo Giraldi et al. (15), Pavón Belinchón et al. (16).

